



HISTORIAL DE TRABAJO Y DE ENFERMEDAD OCUPACIONAL

| | |
|--------|--------------------|
| Nombre | Número del reclamo |
|--------|--------------------|

Historial de Enfermedad Ocupacional

| | | |
|--|--|---|
| ¿Por cuál condición médica está presentando este reclamo? | ¿Cuáles son sus síntomas? | ¿Cuándo notó estos síntomas por primera vez? mes / año |
| ¿Cuándo fue la primera vez que su doctor le informó que sus síntomas están relacionados con su trabajo? mes / año | ¿Ha visitado a algún otro doctor por estos síntomas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Se ha realizado exámenes médicos por estos síntomas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Nombre del doctor que le informó que sus síntomas están relacionados con su trabajo: (use letra de imprenta) | |
| Dirección | Ciudad | Estado |
| Por favor complete los formularios adjuntos para autorizarnos a obtener su historial médico. ¿ Completó y adjuntó el formulario de autorización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Si no completa la autorización, puede causar demoras o hasta el rechazo de su reclamo. |
| ¿Qué tipo de trabajo realiza que usted cree que le causó sus síntomas?: | Fecha de comienzo en el primer empleo que cree que le causó los síntomas. mes / año | |
| ¿Qué actividades realizaba en el trabajo que usted cree que le causaron sus síntomas? (Por favor marque todas las opciones pertinentes) | | |
| <input type="checkbox"/> Agarrar o Apretar <input type="checkbox"/> Jalar <input type="checkbox"/> Estar arrodillado <input type="checkbox"/> Herramientas usadas _____ <input type="checkbox"/> Actividades intensas <input type="checkbox"/> Empujar <input type="checkbox"/> Extender la mano arriba de la cabeza <input type="checkbox"/> Retorcer con _____ <input type="checkbox"/> Funciones repetitivas (describa) _____ <input type="checkbox"/> Otra (describa) _____ | | |

Historial de Trabajo

Por favor empiece con su trabajo más RECIENTE y continúe CON EL ANTERIOR hasta llegar a su primer trabajo. Incluya todos sus empleos actuales y anteriores.

Haga lo posible por poner las fechas exactas. Debe incluir cualquier interrupción en su historial de trabajo.

| | | |
|---|-------------------|---|
| Nombre del negocio del empleador | Título del puesto | Fechas de empleo: Desde (mes/año) Hasta (mes/año) |
| Dirección del empleador | | Número de teléfono del empleador |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| ¿Cuántas horas por semana estaba realizando la actividad que cree que le causó sus síntomas? horas | | |
| Describa las funciones, uso de herramientas o actividades repetitivas realizadas regularmente en el trabajo. Incluya cuánto tiempo por día realizaba cada actividad aproximadamente | | |
| Indique cualquier interrupción en su historial laboral durante este trabajo o entre este trabajo y el siguiente. | | Desde (mes/año) Hasta (mes/año) |
| La razón de la interrupción: | | |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Nombre del negocio del empleador | Título del puesto | Fechas de empleo: Desde (mes/año) Hasta (mes/año) |
| Dirección del empleador | | Número de teléfono del empleador |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| ¿Cuántas horas por semana estaba realizando la actividad que cree que le causó sus síntomas? horas | | |
| Describa las funciones, uso de herramientas o actividades repetitivas realizadas regularmente en el trabajo. Incluya cuánto tiempo por día realizaba cada actividad aproximadamente | | |
| Indique cualquier interrupción en su historial laboral durante este trabajo o entre este trabajo y el siguiente. | | Desde (mes/año) Hasta (mes/año) |
| La razón de la interrupción: | | |

| | | |
|-------------|---------------|--|
| Página 1 de | (mes/día/año) | Certifico que a mi entender, la información es correcta y verdadera |
| | Fecha: | Firma: |